

同意書

私は、県民医療枠Aの趣旨を理解した上で入学を志望し、入学を許可された上は、下記のことを遵守します。

記

- 1 貴学卒業後に医師免許を取得した後、引き続き貴学附属病院及び和歌山県が指定する県内公的医療機関等において9年以上勤務すること。
このうち、医師免許取得後は貴学附属病院にて2年間の初期臨床研修を行い、その後の7年間のうち、専門研修プログラムの基幹施設等（和歌山県内）にて3年間の選択した診療科にかかる研修に加え、和歌山県内の公的医療機関等（専門研修プログラムの基幹施設を除く）にて、原則4年間、選択した診療科での診療業務に従事すること。
- 2 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の25第1項第5号の規定により県が策定するキャリア形成卒前支援プランの適用を受けることに同意し、在学中は同プランの支援を受けること。
- 3 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の25第1項第5号の規定により県が策定するキャリア形成プログラムの適用を受けることに同意し、大学卒業後の医業の従事においては、同プログラムの規定を遵守すること。
- 4 1から3までにおいて、やむを得ず遵守することができないと認められる場合は、退学や心身の故障など医師として従事することが不可能であるときに限ること。
- 5 4の場合に該当すると認められず、県の同意を得ずに離脱した場合には、一般社団法人日本専門医機構（以下「機構」という。）が実施する研修制度における採用過程から専門医として認定されるまでの期間において、県が国又は機構からの求めに応じ、県の同意を得ずに離脱した者として情報提供することに何ら異議の申立てを行わないこと。

年 月 日

和歌山県知事 様

和歌山県立医科大学長 様

（本人）住所

氏名

印

（保証人：父母兄弟又は3親等内の親族）住所

氏名

印

（備考）

和歌山県立医科大学「県民医療枠A」では、入学する本人とその父母兄弟又は3親等内の親族が、上記に記載する要件に同意した上で、卒業後に県民医療に従事することになっています。

つきましては、上記に記載の項目をご確認の上、連署でご記入ください。